

Handleiding voor het invullen van het *Overdrachtsdocument palliatieve zorg*

A. Algemeen

Proactieve zorgplanning: markering

Het palliatief overdrachtsdocument is bedoeld voor palliatieve patiënten. Vaak is het lastig om in te schatten op welk moment het best kan worden gestart met gesprekken over het levenseinde en proactieve zorgplanning. Een hulpmiddel hierbij kan zijn de zogenaamde **Surprise Question**: de vraag “Zou het mij verbazen als deze patiënt binnen een jaar overlijdt?”. Wordt deze vraag met ‘nee’ beantwoord (een zogenaamde **positieve** Surprise Question), dan is dit een reden voor een behandelaar om te beoordelen of het initiëren van gesprekken over het levenseinde en het starten van proactieve zorgplanning geïndiceerd is.

Het palliatief overdrachtsdocument

Doel is dat alle essentiële informatie over een palliatieve patiënt overzichtelijk in een document staat genoteerd, en dat dit document te allen tijde door alle betrokken zorgverleners kan worden geraadpleegd, dáár, waar de patiënt zich op dat moment bevindt. Dit om optimaal afgestemde zorg aan de palliatieve patiënt te kunnen verlenen, waarbij continuïteit in het zorgproces gewaarborgd is door één centrale overdracht die altijd aanwezig is bij de patiënt.

Het palliatief overdrachtsdocument is uitdrukkelijk een dynamisch document en geen statisch plan. Hiermee wordt bedoeld dat, naarmate de situatie van de patiënt verandert, het goed mogelijk is dat daarmee ook het proactief zorgplan mee zal moeten veranderen. Ook is het goed mogelijk dat op het moment dat wordt gestart met een palliatief overdrachtsdocument voor een patiënt nog niet alle onderdelen ter sprake zijn gekomen en het plan aanvankelijk nog maar ten dele kan worden ingevuld, om op een later moment te worden aangevuld. Benadrukt dient hierbij ook te worden dat niet één zorgverlener het plan hoeft in te vullen; het is goed mogelijk dat een plan bijvoorbeeld in de thuissituatie wordt geïnitieerd door de huisarts, maar op een later moment in het ziekenhuis wordt aangevuld tijdens een opname. Andersom kan een plan in het ziekenhuis worden opgestart en verder worden ingevuld dan wel aangepast door de huisarts en/of de (palliatief) verpleegkundige, na afstemming met de huisarts.

Een situatie waarin het proactief zorgplan van grote meerwaarde kan zijn, is bijvoorbeeld een ‘crisisituatie’ in de thuissituatie buiten reguliere werktijden, waarbij een waarnemend huisarts bij een palliatieve patiënt wordt geroepen en moet besluiten over het al dan niet naar het ziekenhuis insturen van een patiënt. Het zorgplan, dat uitgebreide informatie bevat over de patiënt binnen alle palliatieve domeinen, kan helpen om deze afweging te maken. Het is ook een middel om bij opgetreden problemen een stappenplan voor behandeling te hebben. Ook wanneer een transfer plaatsvindt is een zorgplan handig, omdat zorgverleners in het ziekenhuis bijvoorbeeld snel kunnen zien welke medicatiewijzigingen er zijn geweest en met welke reden, en wat er met een patiënt al wel, maar ook wat nog niet besproken is met betrekking tot het levenseinde.

Het palliatief overdrachtsdocument bestaat uit vier formulieren:

1. Basisgegevens
2. Palliatieve domeinen (Probleemkwadranten)
3. Medicatieoverzicht
4. Proactief zorgplan

B. Beschrijving van de vier formulieren en hoe deze in te vullen

1. Basisgegevens

Dit formulier bevat de contactgegevens van patiënt, naasten (waarbij ook wordt aangegeven wie van de naasten door de patiënt is aangewezen om beslissingen te nemen in een situatie waarin de patiënt zelf daartoe niet in staat is) en zorgverleners, te weten betrokken artsen en verpleegkundigen, zowel binnen als buiten het ziekenhuis. Belangrijk is dat deze gegevens nauwkeurig worden ingevuld, zodat, indien zich een onverwachte situatie voordoet, er snel en doelmatig contact kan worden gezocht voor overleg tussen en met relevante zorgverleners en naasten.

Verder vermeldt dit formulier relevante medische informatie over een patiënt, zoals de huidige diagnose en relevante voorgeschiedenis, en een indicatie van de levensverwachting van een patiënt, omdat dit invloed kan hebben bij het nemen van beslissingen rondom bijvoorbeeld heropname of de wijze van behandelen van een symptoom.

Daarnaast staat op dit formulier aangegeven welk beleid in principe wordt gehanteerd ten aanzien van ziekenhuisopname en reanimatie, en staat aangegeven of palliatieve sedatie is besproken (mits geïndiceerd) en of er sprake is van een euthanasiewens danwel of het onderwerp euthanasie met een patiënt is besproken (indien de patiënt heeft aangegeven dit te willen bespreken).

Het is belangrijk om tijdig met de patiënt af te stemmen hoe te handelen als een bepaalde situatie zich voordoet, zodat er niet in een 'crisissituatie' een overhaast besluit wordt genomen waar een patiënt en zijn naasten achteraf spijt van hebben. De patiënt krijgt door deze afstemming in een vroeg stadium de gelegenheid om tijdig na te denken over wat hij wel, maar vooral ook niet meer wil, zodat er meer rust ontstaat.

Het beleid zoals gedocumenteerd in het proactief zorgplan (bijvoorbeeld het besluit om niet meer naar het ziekenhuis te worden ingestuurd) is niet bindend; een patiënt en zijn naasten kunnen hieromtrent altijd van mening veranderen. Goede communicatie en afstemming is dus altijd op zijn plaats.

2. Palliatieve domeinen

Dit formulier heeft als doel een overzicht te geven van de actuele situatie (status quo) van een patiënt op het moment van invullen van het palliatieve overdrachtsdocument. Om een volledig beeld te schetsen waarin alle voor de palliatieve zorg belangrijke dimensies aan bod komen wordt gewerkt met de palliatieve domeinen, te weten:

- a) somatische domein
- b) zorgverlening en ADL
- c) sociale en financiële context
- d) psychische domein

e) existentiële of zingevingsdomein

Omdat op systematische wijze in kaart wordt gebracht hoe de actuele situatie van een patiënt is, zal ook naar voren komen of er op dit moment problemen zijn die aandacht behoeven, in de vorm van bijvoorbeeld aanvullende behandeling of het consulteren van andere disciplines.

Een nadere toelichting op de verschillende dimensies

❖ Somatische domein

Hiermee wordt bedoeld alle lichamelijke factoren die op dit moment van belang zijn; ook wanneer deze factoren op dit moment geen problemen opleveren. Zo kan bijvoorbeeld worden genoemd dat er sprake was van ... [*symptoom*] ter plaatse van ... [*lokalisatie*] op basis van ... [*vermoedelijke oorzaak (bijvoorbeeld metastase, ascites, obstructie etc.)*] die nu goed onder controle is met ... [*behandeling (radiotherapie, pijnmedicatie, etc.)*].

❖ Zorgverlening en ADL

Onder deze noemer kan worden benoemd of een patiënt ondersteuning nodig heeft in de vorm van zorg, en kan een beeld worden geschetst van de mate van zelfstandigheid van een patiënt op het gebied van mobiliteit en ADL/ IADL. Belangrijk is het om aandacht te besteden aan de precieze zorg die nodig is, en bijvoorbeeld expliciet te benoemen als deze zorg door twee verpleegkundigen gelijktijdig moet worden verleend.

❖ Sociale en financiële context

Hier kan een overzicht worden gegeven van de sociale en/ of familiebanden van de patiënt, met vermelding van onderlinge (eventuele problematische) sociale verhoudingen. Belangrijk is verder dat een beeld wordt geschetst van het sociale netwerk van een patiënt: zijn er mantelzorgers, en zijn die in staat (langdurig) intensief voor een patiënt te zorgen? In het geval van financiële kwesties die een rol spelen, bijvoorbeeld schulden of financiële afhankelijkheid (al dan niet door toedoen van ziekte-gerelateerde kosten) kan dit ook worden benoemd.

❖ Psychische domein

Dit domein betreft het psychisch functioneren van een patiënt. Dit betreft o.a. de manier waarop een patiënt omgaat met zijn ziekte en het naderend levenseinde (copingstijl). Indien een patiënt in de loop van zijn ziekteproces last krijgt van psychische klachten, bijvoorbeeld angst of depressie, kan dat in dit domein worden beschreven. Ook een verschillende omgang met de ziekte van een patiënt tussen een patiënt en zijn naaste, zeker wanneer dit tot problemen leidt, kan hier worden benoemd. Tenslotte is het van belang de eventuele psychische voorgeschiedenis van een patiënt hier te vermelden, en daarbij te benoemen of en zo ja hoe deze op dit moment een rol speelt.

❖ **Existentiële of zingevingsdomein**

Veel zorgverleners ervaren dit als het meest ingewikkelde palliatieve domein om uit te vragen of iets over te zeggen. Met het existentiële domein wordt bedoeld datgene wat voor een patiënt belangrijk is, datgene waarmee hij zich identificeert of waaraan hij waarde en eigenheid ontleent.

3. Medicatieoverzicht

Aan dit overzicht wordt een kopie van het meest actuele (van datum voorziene!) medicatieoverzicht toegevoegd. Zodra hierin wijzigingen optreden, kan dit op het overdrachtsformulier worden genoteerd, om misverstanden te voorkomen. Belangrijk is dat in dit geval wordt aangegeven waarom een medicijn wordt gestaakt of gewijzigd, en als een medicament wordt toegevoegd, voor welke indicatie dit gebeurt. Op deze manier ontstaat een eenduidig overzicht van de meest actuele medicatie die een patiënt gebruikt, en kan worden voorkomen dat een weloverwogen wijziging wordt teruggedraaid of een met goede reden gestaakt medicament wordt herstart.

4. Proactief zorgplan

Het is belangrijk om te anticiperen op problemen die zich bij een patiënt kunnen voordoen naarmate zijn ziekte vordert, zodat, zodra een dergelijke situatie zich daadwerkelijk voordoet, zorgverleners weten hoe te handelen. Dit kan zijn door medicamenteus in te grijpen, maar ook door bijvoorbeeld te overleggen met andere zorgverleners, bijvoorbeeld een behandelaar in het ziekenhuis, maatschappelijk werk of een geestelijk verzorger. Belangrijk is dat er een plan is hoe te handelen, zodat als zich bij een patiënt klachten voordoen hierop snel kan worden gereageerd.

Het proactief zorgplan is ervoor bedoeld om problemen die in de toekomst mogelijk zullen optreden en die ofwel zeer ingrijpend zijn of waarvan de kans groot is dat ze zich daadwerkelijk zullen voordoen op voorhand met de patiënt en zijn naasten te bespreken, en ze in het palliatief overdrachtsdocument middels een proactief zorgplan te documenteren en een oplossing aan te dragen. Op deze manier zijn een patiënt en zijn naasten beter voorbereid op wat hun te wachten zou kunnen staan, wat kan leiden tot een afname van angst en onzekerheid.

Het proactief zorgplan is bedoeld voor mogelijke toekomstige problemen die zijn gerelateerd aan het ziektebeloop, maar zeker ook voor mogelijke toekomstige problemen op sociaal, financieel, psychisch en existentieel vlak. Ook deze mogelijke toekomstige problemen, vaak samenhangend met specifieke eigenschappen van de patiënt en zijn sociale context, kunnen ten dele worden voorzien, en ook daarop kan worden geanticipeerd in het proactief zorgplan.

C. Werken met het palliatief overdrachtsdocument

De bedoeling van het proactief zorgplan is dat het een afstemmingsdocument is tussen zorgverleners enerzijds en de patiënt en diens naasten anderzijds. Als het goed is, is datgene wat er in het plan is opgenomen het resultaat van gesprekken tussen deze partijen. Het plan gaat weliswaar óver de patiënt, maar wordt inhoudelijk afgestemd mét de patiënt. De beleidsmatige besluiten die worden opgenomen in het document zijn het resultaat van beslissingen

van de patiënt, idealiter genomen na goede informatieverstrekking door en samenspraak met alle betrokken behandelaars. Tevens dient de patiënt op de hoogte te zijn van de te verwachten problemen op lichamelijk, sociaal, psychisch en existentieel gebied zoals benoemd in het proactief zorgplan.

Door te anticiperen op mogelijke toekomstige problemen kunnen zaken tijdig worden geregeld en kan de draaglast van de familie en naasten worden bewaakt. Ook verbetert op deze manier de informatievoorziening richting zowel huisarts, de huisartsenpost alsook zorgverleners binnen het ziekenhuis en overige betrokken zorgverleners zoals de thuiszorg.

Voor een goede invulling van het palliatief overdrachtsformulier is het belangrijk dat dit gebeurt door meerdere betrokken zorgverleners samen, bijvoorbeeld een arts en verpleegkundige, omdat vertegenwoordigers van de verschillende disciplines elkaar aanvullen waar het de goede zorg en afstemming voor de patiënt betreft. Uiteraard staat de patiënt centraal in dit proces en wordt het met hem en zijn naasten geïnitieerd. Indien dit geïndiceerd is, kan het plan worden aangevuld door bijvoorbeeld een psycholoog, geestelijk verzorger of maatschappelijk werker.